

TD 15
TESIS
4862

BLAS CORSARO

DIAGNOSTICO BORDERLINE

**Cómo reducir el
margen de error**



**USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR**

**Tesis presentada en cumplimiento de los
requisitos exigidos para optar al título
Doctor en Psicología**

**Facultad de Psicología
Universidad del Salvador
Buenos Aires - Argentina
Marzo 1992**

**BIBLIOTECA
R.P. ERNESTO DANN OBREGÓN, S.J.
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**

Aprobada por la Comisión de tesis
de la Facultad de Psicología en
cumplimiento de los requisitos
exigidos para optar al título de
Doctor en Psicología



Decano: Dr. Carlos Guillermo Voss

Director de Tesis: Prof.- Dr. Carlos R. Collazo

UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser la del Dr. David Maldalvsky, sobre una línea horizontal.

Dr. David Maldalvsky

Dra. Susana Quiroga

Prof. M. R. Caride

I

A:

Lucy Walrron, Ricardo y Marcela Corsaro,
Alejandra y Belén Biondino: REPRESENTANTES de
toda mi extensa y querida familia.
Su caudal de riqueza afectiva, me permite
amar, ser amado y tener la fuerza necesaria
para poder investigar.

A M.T. y a los OTROS pacientes borderlines
que, con sus tratamientos, me enseñaron su
mundo más profundo: una limosna de límite
entre el cielo y el infierno que recorren
vacíos de afectos, cargados de odio y con
toda la incofesada esperanza de poder ser.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

INDICE GENERAL

| | | |
|------|--|-----|
| I. | TEORIA: PACIENTES, DIAGNOSTICO Y PROFESIONALES | 1 |
| I.0. | PACIENTE BORDERLINE: PANORAMA GENERAL | 3 |
| I.1. | PACIENTE BORDERLINE: MUNDO EXTERNO-MUNDO INTERNO | 71 |
| I.2. | DIAGNOSTICO BORDERLINE: PROBLEMÁTICA Y EVIDENCIAS | 113 |
| I.3. | PROFESIONALES: PANORAMA ACTUAL | 225 |
| I.4. | SINTESIS TEORICA, DISCUSION Y PROPOSICION | 247 |
| II. | INVESTIGACIONES DE CAMPO EN ARGENTINA CON PACIENTES Y PROFESIONALES | 269 |
| III. | RESULTADOS | 319 |
| IV. | DISCUSION | 335 |
| V. | CONCLUSION | 345 |
| VI. | APORTES AL DIAGNOSTICO BORDERLINE | 371 |
| VII. | APENDICE | 377 |
| | BIBLIOGRAFIA CITADA | 389 |



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

| | |
|---|-------|
| Agradecimientos | XIX |
| Palabras iniciales | XXI |
| Prefacio | XXIII |
| Objetivos del trabajo | XXIII |
| Fundamentación de los objetivos del trabajo | XXIII |
| Hipótesis | XXIV |
| Hipótesis 1 | XXIV |
| Hipótesis 2 | XXIV |
| Hipótesis 3 | XXIV |

| | |
|---|--------|
| Estructura de la obra | XXV |
| Contenido | XXVI |
| El término "borderline" aquí empleado | XXVI |
| El término "paciente borderline" aquí empleado | XXVI |
| I. TEORIA: PACIENTES, DIAGNOSTICO Y PROFESIONALES | _1 |
| I.O. PACIENTE BORDERLINE: PANORAMA GENERAL | _3 |
| Capítulo 1 | _5 |
| EL TERMINO BORDERLINE | _5 |
| Denominaciones múltiples | _5 |
| Origen y uso del término borderline | _7 |
| El término borderline ¿por qué es tan criticado? | _8 |
| El término borderline ¿es actualmente válido? | _9 |
| El término borderline en el presente | 10 |
| Comentario | 10 |
| Capítulos relacionados con el tema | 11 |
| Capítulo 2 | 13 |
| APORTE DE LA PSIQUIATRIA Y DEL PSICOANALISIS | 13 |
| Aportes de la psiquiatría | 13 |
| Aportes del psicoanálisis | 15 |
| Aportes indirectos de Freud | 16 |
| Aportes indirectos de la teoría psicoanalítica | 17 |
| Aportes directos de la teoría psicoanalítica | 17 |
| Comentario | 20 |
| Capítulos relacionados con el tema | 24 |
| Capítulo 3 | 25 |
| FECHAS HISTORICAS SOBRESALIENTES | 25 |
| Seis hitos | 25 |
| 1884: Primeros testimonios | 26 |
| 1938: El psicoanálisis en los borderline | 26 |
| 1952: La prueba de realidad | 28 |
| 1953: Apariencia y patología subyacente | 28 |
| 1959: Estables inestablemente | 28 |
| 1980: Reconocimiento oficial en la APA | 29 |

| | |
|--|----|
| Comentario | 29 |
| Capítulos relacionados con el tema | 30 |
| Capítulo 4 | 31 |
| DEFINICIONES | 31 |
| Definiciones borderline | 31 |
| 1942. Casos marginales | 32 |
| 1964. Estado borderline | 33 |
| 1968. Caso Límite | 33 |
| 1970. Carácter psicótico | 34 |
| 1980. Trastorno límite de la personalidad | 35 |
| 1989. Personalidad borderline | 36 |
| 1989. Psicosis borderline | 37 |
| Definiciones de términos psiquiátricos asociados | 38 |
| Esquizofrenia | 38 |
| Esquizofrenia Latente (según OMS) | 39 |
| Estado | 39 |
| Estado límite (psicosis límite) | 39 |
| Espectrum borderline | 39 |
| Personalidad | 40 |
| Psicosis | 40 |
| Rasgos de personalidad | 40 |
| Síndrome | 40 |
| Trastorno | 41 |
| Trastorno de la personalidad | 41 |
| Trastorno del carácter | 41 |
| Comentario | 41 |
| Capítulos relacionados con el tema | 42 |
| Capítulo 5 | 43 |
| CLASIFICACIONES ACTUALES DEL PACIENTE BORDERLINE | 43 |
| Clasificaciones de los borderline | 43 |
| Tipo psicótico | 44 |
| Tipo central | 47 |
| Tipo "como si" | 54 |
| Tipo neurótico | 54 |
| Borderline descompensado | 55 |
| Otras distinciones recientes | 57 |
| Concepción psicoanalítica | 57 |
| Concepción psicoanalítica del self | 57 |
| Concepción psicofarmacológica | 58 |
| 1. Grupo Histeroide-depresivo | 58 |
| 2. Afectivo observable | 59 |

| | |
|---|----|
| 3. Esquizotípicos | 59 |
| 4. Impulsivo | 59 |
| Combinaciones de borderline con otros trastornos | 59 |
| Comentario | 60 |
| Capítulos relacionados con el tema | 61 |
| Capítulo 6 | 63 |
| ESTADISTICAS INTERNACIONALES RECIENTES | 63 |
| Cifras con diagnóstico borderline | 63 |
| Según edad, clase social y sexo | 64 |
| Según inicio de la crisis | 66 |
| Según trastornos orgánicos | 67 |
| Comentario | 67 |
| Capítulos relacionados con el tema | 69 |
| I.1. PACIENTE BORDERLINE: MUNDO EXTERNO-MUNDO INTERNO | 71 |
| Capítulo 7 | 73 |
| LA FAMILIA DEL PACIENTE BORDERLINE | 73 |
| Afirmaciones teóricas con la madre y el padre | 73 |
| Resultados de investigaciones | 75 |
| Investigaciones con padre y madre | 75 |
| Investigaciones con el padre | 76 |
| La estructura familiar del borderline | 77 |
| Modelos relacionales y trastornos del eje II | 79 |
| Borderlines-dependientes | 79 |
| Borderlines-histriónicos | 79 |
| Borderlines-compulsivos | 80 |
| Borderlines-pasivos/agresivos | 80 |
| Investigaciones con abusos físicos y sexuales | 80 |
| Comentario | 82 |
| Capítulos relacionados con el tema | 83 |
| Capítulo 8 | 85 |
| ETIOLOGIA DEL PACIENTE BORDERLINE | 85 |
| Rasgos constitucionales | 85 |
| Hipótesis de Mahler | 86 |
| Hipótesis de Rinsley y Frosch | 87 |

| | |
|--|-----|
| Hipótesis de Masterson | 88 |
| Hipótesis de Stierlin | 89 |
| Hipótesis de McGlashan | 89 |
| Otras hipótesis | 89 |
| Sobreestimulación sexual | 90 |
| Perturbaciones pregenitales | 90 |
| Distorsión yoica | 90 |
| Trauma afectivo | 90 |
| Lo constitucional | 90 |
| Lo social | 91 |
| Controversias | 91 |
| Hipótesis basadas en herencia y entorno | 92 |
| Comentario | 93 |
| Capítulos relacionados con el tema | 94 |
| Capítulo 9 | 95 |
| APARATO PSIQUICO DEL PACIENTE BORDERLINE | 95 |
| Afirmaciones teóricas | 96 |
| Aparato psíquico según la teoría psicoanalítica | 96 |
| Aparato psíquico del paciente borderline | 96 |
| Yo | 97 |
| Yo: mecanismos de defensa | 99 |
| Superyó | 101 |
| Ello | 103 |
| Las representaciones del otro | 105 |
| Resultados de investigaciones | 105 |
| Investigaciones de las funciones del Yo | 105 |
| Investigaciones del Yo con tests psicológicos | 106 |
| Investigaciones de los mecanismos de defensa | 108 |
| Investigaciones de la representación del otro | 108 |
| Investigaciones con la sexualidad | 109 |
| Sexualidad: promiscuidad | 109 |
| Sexualidad: evitación o abstinencia | 110 |
| Comentario | 110 |
| Capítulos relacionados con el tema | 112 |
| I.2. DIAGNOSTICO BORDERLINE: PROBLEMÁTICA Y EVIDENCIAS | 113 |
| Capítulo 10 | 115 |
| DIAGNOSTICO BORDERLINE: PROBLEMÁTICA | 115 |
| Interrogantes | 116 |

| | |
|---|-----|
| El diagnóstico en general | 117 |
| Definición de diagnóstico en general | 117 |
| Distintos sistemas de clasificación para el diagnóstico en general | 118 |
| La subjetividad del profesional para el diagnóstico general | 119 |
| La subjetividad del profesional para el diagnóstico borderline | 120 |
| Ausencia y presencia del diagnóstico borderline | 121 |
| Ausencia | 121 |
| Presencia | 123 |
| Desacuerdos | 124 |
| Confusión | 125 |
| Prolongación de la confusión | 127 |
| El diagnóstico borderline en la clínica | 128 |
| Abusos del diagnóstico borderline | 129 |
| Justificación del diagnostico borderline | 131 |
| Justificación desde la clínica y estudios longitudinales | 132 |
| Justificación desde la clínica psicoanalítica | 132 |
| Justificación desde la clínica de medicina general | 133 |
| Justificación desde las respuestas al tratamiento | 133 |
| Justificación desde las técnicas diversas | 134 |
| No están en la frontera | 135 |
| Ubicación nosográfica | 136 |
| 1. Modelo psicótico | 136 |
| 2. Modelo neurótico y afines | 137 |
| 3. Modelo transicional | 137 |
| 4. Modelo autónomo | 137 |
| Importancia del diagnóstico borderline | 138 |
| Diagnósticos diferenciales | 141 |
| Síntomatología de trastornos asociados | 141 |
| Trastorno de identidad y ciclotimia | 141 |
| Trastorno de identidad | 142 |
| "No justificación del diagnostico borderline" | 142 |
| Necesidad de acuerdos básicos | 143 |
| Comentario | 144 |
| Capítulos relacionados con el tema | 146 |
| Capítulo 11 | 147 |
| DIAGNOSTICO BORDERLINE: SISTEMAS ESPECIFICOS | 147 |
| Diferentes sistemas diagnósticos | |
| Sistema de Knight | 149 |

| | |
|---|-----|
| Sistema de Grinker y otros | 149 |
| Sistema de Kernberg | 150 |
| Sistema de Gunderson | 152 |
| Sistema de DSM-III-R (1987) | 152 |
| Sistema de Paz y otros | 153 |
| Comentario | 154 |
| Capítulos relacionados con el tema | 154 |
| Capítulo 12 | 155 |
| DIAGNOSTICO BORDERLINE: | |
| ANÁLISIS Y EVALUACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS | 156 |
| Análisis y evaluación del sistema de Knight | 156 |
| Valores y limitaciones del sistema de Knight | 157 |
| Análisis y evaluación del sistema de Grinker | 158 |
| Valores y limitaciones del sistema de Grinker y col | 159 |
| Análisis y evaluación del sistema de Gunderson | 160 |
| Valores y limitaciones del sistema de Gunderson | 161 |
| Análisis y evaluación del sistema de Kernberg | 162 |
| Clasificación general de la patología del carácter | 163 |
| La Entrevista Estructural | 164 |
| Críticas | 164 |
| Adhesiones | 165 |
| Valores y limitaciones del sistema de Kernberg | 166 |
| Análisis y evaluación del sistema del DSM-III | 167 |
| DSM-III | 167 |
| Antecedentes | 168 |
| Fiabilidad y validez diagnóstica | 168 |
| Criterios diagnósticos | 169 |
| Surgimiento de los criterios borderline y | |
| esquizotípico | 170 |
| Esquizotípico | 170 |
| Borderline | 171 |
| Items para el criterio borderline | 171 |
| Validación de los criterios borderline del | |
| DSM-III | 172 |
| Criterios diagnósticos borderline en el | |
| DSM-III-R. | 173 |
| Críticas | 173 |
| Respuesta a las críticas de Kernberg | |
| para con el DSM-III | 174 |
| Adhesiones | 174 |
| Valores y limitaciones del sistema del DSM-III | 175 |
| Comparación de los sistemas | 176 |
| Análisis y evaluación del sistema de Paz y otros | 177 |

| | |
|---|-----|
| Valores y limitaciones del sistema de Paz y otros | 177 |
| Comentario | 179 |
| Capítulos relacionados con el tema | 180 |
| Capítulo 13 | 181 |
| DIAGNOSTICOS AMPLIOS O IMPRECISOS Y CRITERIOS RESTRINGIDOS | 181 |
| Sistemas amplios o imprecisos | 182 |
| Criterios restringidos | 184 |
| Entrevistas estructuradas | 185 |
| Necesidad de las entrevistas estructuradas | 185 |
| Cuestionarios borderlines | 187 |
| Comparaciones entre instrumentos | 187 |
| Comparaciones entre EE y DIB | 188 |
| Comparaciones entre DIB y DSM-III | 188 |
| Comentario | 190 |
| Capítulos relacionados con el tema | 192 |
| Capítulo 14 | 193 |
| DIAGNOSTICO BORDERLINE: EVIDENCIAS | 193 |
| Diagnósticos asociados Eje I | 194 |
| Diagnóstico borderline | 194 |
| Estabilidad en el tiempo | 194 |
| Resultado de los seguimientos con borderline | 197 |
| Período de internación | 197 |
| Tratamiento | 197 |
| Sexo | 197 |
| Adaptación al medio social | 197 |
| Familia | 198 |
| Relaciones interpersonales | 198 |
| Esquizofrenia y borderline | 199 |
| Emparentamiento | 199 |
| Resultados de seguimientos con esquizofrénicos | 200 |
| Esquizofrenia y borderline: principal diferencia | 202 |
| Dificultades diagnósticas | 203 |
| Borderline y esquizofrenia en Argentina | 204 |
| Familiares de borderline y esquizofrénicos | 204 |
| Desórdenes afectivos | 205 |
| Diferencia entre borderline y desórdenes afectivos | 207 |
| Depresión y suicidio en borderline | 208 |
| Suicidio en borderline | 209 |
| Desórdenes en la alimentación | 209 |

| | |
|--|-----|
| Desórdenes de ansiedad | 210 |
| Desórdenes somáticos | 211 |
| Desórdenes disociativos | 212 |
| Diagnósticos asociados Eje II | 212 |
| Borderline y trastorno esquizotípico | 212 |
| Sintomatología en los esquizotípicos | 214 |
| Borderline y trastornos no Borderline | 215 |
| Similitudes y diferencias | 215 |
| Sintomatología en los borderlines | 216 |
| Borderline y trastorno Histriónico | 216 |
| Borderline y trastorno Antisocial | 217 |
| Borderline y trastorno Narcisístico | 218 |
| Borderline y trastorno Pasivo-agresivo | 220 |
| Borderline y trastorno autodestructivo | 221 |
| Comentario | 221 |
| Capítulos relacionados con el tema | 224 |
| I.3. PROFESIONALES: PANORAMA ACTUAL | 225 |
| Capítulo 15 | 227 |
| LOS PROFESIONALES INTERNACIONALES Y EL DIAGNOSTICO BORDERLINE | 227 |
| Panorama internacional reciente | 227 |
| Alemania | 229 |
| Australia | 229 |
| Canadá | 230 |
| España | 230 |
| EE.UU. | 231 |
| Francia | 232 |
| Inglaterra | 233 |
| Venezuela | 234 |
| ARGENTINA | 235 |
| Literatura borderline | 235 |
| Estadísticas | 236 |
| Los profesionales argentinos y el diagnóstico borderline | 239 |
| Encuestas con profesionales argentinos | 239 |
| Entidad nosológica | 240 |
| Técnicas para formular el diagnóstico borderline | 241 |
| Porcentajes de pacientes borderlines | 241 |
| Comentario | 242 |
| Capítulos relacionados con el tema | 245 |

| | |
|--|-----|
| I.4. SINTESIS TEORICA, DISCUSION Y PROPOSICION | 247 |
| Capítulo 16 | 249 |
| SINTESIS TEORICA, DISCUSION Y PROPOSICION | 249 |
| Síntesis teórica | 250 |
| Presencia o ausencia del paciente borderline | 250 |
| Situación del diagnóstico borderline | 251 |
| Validez o no del diagnóstico del trastorno borderline | 252 |
| Los sistemas diagnósticos y sus diferencias | 253 |
| Coincidencia con revisiones anteriores | 254 |
| Aspectos relacionados con las hipótesis | 255 |
| Error, definición | 255 |
| Cuatro condicionamientos que pueden conducir a errores | 256 |
| 1. Condicionamiento del marco referencial teórico | 256 |
| 2. Condicionamiento del sistema o instrumento diagnóstico | 257 |
| 3. Condicionamiento de la ideología del profesional | 257 |
| A. No aceptación del diagnóstico borderline | 257 |
| B. Aceptación indiscriminada del paciente borderline | 258 |
| C. Subjetividad para decodificar signos y síntomas | 258 |
| D. Prejuicio sexista | 260 |
| 4. Condicionamiento terapéutico | 261 |
| Discusión | 262 |
| Proposición | 263 |
| Investigación de la hipótesis 1 | 263 |
| Investigación de la hipótesis 2 | 264 |
| Investigación de la hipótesis 3 | 264 |
| Comentario | 265 |
| Capítulos relacionados con el tema | 268 |
| II. INVESTIGACIONES DE CAMPO EN ARGENTINA CON PACIENTES Y PROFESIONALES | 269 |
| Capítulo 17 | 271 |
| INVESTIGACION CLINICA Y RESULTADOS CON PACIENTES ARGENTINOS | 271 |

| | |
|---|-----|
| Investigación | 273 |
| Objetivos | 273 |
| Muestra | 273 |
| Materiales | 273 |
| Fundamentación de la elección de los materiales | 274 |
| Un instrumento para reducir el margen de error: C.B.87 | 275 |
| C.B.87 | 275 |
| Reducción de la subjetividad | 276 |
| Aumento de la información para un mejor diagnóstico | 277 |
| Interrogantes con respecto C.B.87 | 278 |
| Fiabilidad | 280 |
| Condiciones del servicio hospitalario | 280 |
| Fundamentación de las condiciones del servicio hospitalario | 281 |
| Método | 282 |
| Procedimiento operativo para formular el diagnóstico de trastorno borderline | 282 |
| Diagnósticos de los borderline | 283 |
| Procedimiento operativo para formular los diagnósticos del grupo control | 283 |
| Diagnósticos de los neuróticos o grupo control | 284 |
| Realización | 285 |
| Inclusión, exclusión y diagnósticos | 285 |
| Criterio de inclusión para ambos grupos | 285 |
| Criterio de exclusión para grupo borderline | 285 |
| Criterio de exclusión para grupo neurótico o control | 286 |
| Diagnósticos de los borderline | 286 |
| Diagnósticos de los neuróticos o grupo control | 287 |
| Resultados | 287 |
| Resultados de los pacientes borderline | 287 |
| Resultados de los pacientes neuróticos o grupo control | 287 |
| Resultados globales de los pacientes borderline y neuróticos | 288 |
| Presencia de ítems y subítems del DSM-III-R., según el C.B.87, en borderline y neuróticos | 289 |
| Predominio de los ítems del DSM-III-R., según el C.B.87, en borderline y neuróticos | 290 |
| 1. Relaciones interpersonales | 290 |
| 2. Impulsividad | 290 |
| 2.1. Gasto económico | 290 |
| 2.2. Exceso en sexualidad | 290 |
| 2.3. Abuso de sustancias | 291 |
| 2.4. Robos menores | 291 |

| | |
|---|-----|
| 2.5. Alimentación | 291 |
| 2.6. Manejo irresponsable | 291 |
| 3. Inestabilidad afectiva | 291 |
| 4. Ira inapropiada | 291 |
| 5. Amenazas, gestos suicidas o conductas automutilantes | 292 |
| 6. Trastornos de identidad | 292 |
| 6.1. Autoimagen o identidad genérica | 292 |
| 6.2. Orientación sexual | 292 |
| 6.3. Objetivos a largo plazo | 292 |
| 6.4. Elecciones | 293 |
| 6.5. Valores | 293 |
| 7. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento | 293 |
| 8. Evitación del abandono | 293 |
| Porcentajes obtenidos en los ítems del DSM-III-R., según el C.B.87 | 294 |
| Porcentajes obtenidos en los subítems del DSM-III-R., según el C.B.87 | 295 |
| Porcentajes obtenidos en la calificación del C.B.87 por parte de los pacientes | 296 |
| Conclusiones y resultados | 297 |
| Resultados coincidentes con muestras internacionales | 297 |
| Comentario | 298 |
| Capítulos relacionados con el tema | 304 |
| Capítulo 18 | 305 |
| INVESTIGACION Y RESULTADOS CON PROFESIONALES ARGENTINOS | 305 |
| Investigación | 305 |
| Objetivos | 305 |
| Plan | 306 |
| Método | 307 |
| Procedimiento operativo | 307 |
| Materiales | 307 |
| Protocolo | 307 |
| Resultados | 308 |
| Conclusiones y resultados en relación a la hipótesis 2 | 309 |
| Demostración de la hipótesis 2 | 309 |
| Comentario | 311 |
| Capítulos relacionados con el tema | 315 |

| | |
|---|-----|
| CUADRO 1: Síntesis de los resultados totales con 400 profesionales | 316 |
| CUADRO 2: Resultados totales con 400 profesionales en Asistencia, Docencia y Especialización | 317 |
| CUADRO 3: Resultados parciales de 400 profesionales según respuestas obtenidas con el protocolo | 318 |
| III. RESULTADOS | 319 |
| Capítulo 19 | 321 |
| RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES TEORICAS Y CON PACIENTES Y PROFESIONALES ARGENTINOS | 321 |
| Resultados de las investigaciones teóricas | 321 |
| Hipótesis presentadas y resultados obtenidos | 322 |
| Confirmación o rechazo de la hipótesis 1 | 322 |
| Síntesis de las investigaciones con pacientes argentinos | 324 |
| Comparación con resultados de pacientes internacionales | 325 |
| Confirmación o rechazo de la hipótesis 2 | 326 |
| Síntesis de las investigaciones con profesionales argentinos | 328 |
| Confirmación o rechazo de la hipótesis 3 | 329 |
| Comentario | 332 |
| Capítulos relacionados con el tema | 334 |
| IV. DISCUSION | 335 |
| Capítulo 20 | 337 |
| DISCUSION | 337 |
| Pacientes: Existencia o coincidencia | 337 |
| Profesionales: amplitud y ausencia de diagnóstico | 338 |
| Comentario | 342 |
| Capítulos relacionados con el tema | 343 |
| V. CONCLUSION | 345 |
| Capítulo 21 | 347 |
| CONCLUSION | 347 |

| | |
|--|-----|
| Objetivos iniciales y resultados | 347 |
| Resultados teóricos | 349 |
| Resultados en Argentina | 353 |
| Problema | 354 |
| Solución | 354 |
| Resultados con los pacientes | 358 |
| Resultados con los profesionales | 359 |
| Resultados finales en relación a las tres hipótesis | 365 |
| Una aclaración imprescindible | 366 |
| Comentario | 368 |
| Capítulos relacionados con el tema | 369 |
| CUADRO 4. Ontogenético y psicopatológico | 369 |
| CUADRO 5. Diagnóstico borderline según Kernberg, Gunderson y DSM-III-R | 370 |
| VI. APORTES AL DIAGNOSTICO BORDERLINE | 371 |
| Capítulo 22 | 373 |
| APORTES AL DIAGNOSTICO BORDERLINE | 373 |
| Cómo reducir el margen de error | 373 |
| Palabras finales | 376 |
| VII. APENDICE | 377 |
| Apéndice A: Instrumentos diagnósticos empleados | 381 |
| Criterios diagnósticos borderlines DSM-III-R (APA,1987). | 381 |
| Entrevista diagnóstica borderlines DIB-R. (Gunderson-Zannarini,1989) | 381 |
| Cuestionario diagnóstico borderline C.B.87 (Corsaro,1989). | 381 |
| Apéndice B: Instrumentos empleados para encuesta con profesionales | 383 |
| Carta modelo para las instituciones | 383 |
| Protocolo para Encuesta con profesionales | 383 |
| Apéndice C: Correspondencia enviada y recibida | 385 |
| Enviada | 385 |
| Recibida | 386 |
| Apéndice D: Entrevistas personales | 387 |
| BIBLIOGRAFIA CITADA | 389 |

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero reconocimiento a Lucy Walrron, incondicional colaboradora en el trabajo de traducción y de muchas otras valiosísimas tareas. Sus aportes, fueron de extraordinaria importancia.

Dr. Carlos Collazo por toda su colaboración como director de tesis y por su cálida amistad.

Dr. Néstor Koldobsky por su generosa facilitación de bibliografía, en los momentos iniciales de mi búsqueda.

A los 400 psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas argentinos y sus respectivas autoridades que participaron en la encuesta para lograr el presente testimonio (véase cap.18).

A Dr. R.Fahrer, Jefe de la División de Salud Mental del Hospital de Clínicas José de San Martín, dependiente de la Universidad de Buenos Aires que permitió la investigación con pacientes. Le estoy muy reconocido al Dr. Antonio M.Vilches, Jefe de Investigación de dicho hospital, por su generosa guía. Su rigurosidad científica y sus palabras de aliento, me resultarán difíciles de olvidar. También le estoy reconocido a los integrantes de este servicio que facilitaron la tarea (véase cap.17)

A Ricardo Estrella y Enrique Monzón por sus reiterados asesoramientos de computación.

PALABRAS INICIALES

El germen de este trabajo, estuvo en la experiencia clínica con pacientes y profesionales.

A comienzos de la década del '80, concurre a los consultorios externos del Servicio de Emergencia del hospital neuropsiquiátrico J.T.Borda (Buenos Aires, Argentina) una joven enviada por la Dra. María Salomé Carrillo. La acompañaba su madre quien le llevaba de la mano. Al ingresar al consultorio solicitó: "Necesito que me internen por loca. Todos los días mato gente en los colectivos, subterráneos o trenes. Desde hace 10 años, mi vida es un infierno. No puedo salir de mi casa si no voy tomada de la mano de mi mamá. Sé que la policía me anda buscando. Ayer rodearon la empresa donde voy a trabajar. Yo los vi cuando miraban la ventana de mi oficina. Me tienen que internar. Necesito que me internen porque así cuando me vienen a buscar los policías, ven que soy una loca del manicomio y no me llevan presa por asesina".

No era la primera vez que lo solicitaba, sino que esto se había convertido en el motivo central por el cual concurría a su tratamiento psicoterapéutico (el último, porque anteriormente había abandonado a más de media docena de profesionales psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas).

El caso, aquí sumamente condensado, no era frecuente en la consulta de un hospital neuropsiquiátrico donde la sintomatología psicótica es más franca y de mayor intensidad. Pero tampoco se encontraban causas suficientes para un diagnóstico de neurosis. Un detenido estudio con especial búsqueda bibliográfica para diagnósticos diferenciales, llevó a ver que muchas de sus características coincidían con las del borderline.

Me surgió por entonces una pregunta: ¿será este un caso único o hay muchos otros en Argentina?. ¿De no haber tenido que estudiar tan a fondo este caso, qué diagnóstico hubiese yo formulado?.

Paralelamente a esto, la relación con los profesionales (psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas) me permitía observar que cuando se mencionaba la patología borderline básicamente aparecían dos posturas: rechazo ("Qué es eso?", "¿Existen los borderline?", "Los borderline no existen... son esquizofrénicos latentes") o aceptación indiscriminada donde la mayoría de los pacientes lo eran.

Este trabajo es una constante búsqueda de respuestas a estos interrogantes y a muchos otros que comunmente aparecen en la bibliografía especializada, en ateneos clínicos y en reuniones científicas nacionales e internacionales.

Para encontrar posibles respuestas, se recurrió a los mismos protagonistas: los pacientes, los profesionales y la bibliografía especializada.

Toda la investigación (teórica y clínica) demandó una década desde su germen hasta su escritura final.

Fue el tiempo necesario para la búsqueda y actualización hasta 1991 de la bibliografía, para las investigaciones con pacientes y profesionales argentinos, y, finalmente, el presente escrito. En este lapso, se hicieron confrontaciones de testimonios, solicitud de instrumentos diagnósticos al exterior (véase Apéndice C, Carta B.Corsaro a J.Gunderson), creación y validación de instrumentos diagnósticos (Cuestionario Borderline 87) y solicitud de opiniones a especialistas en el tema (véase Apéndice C, Carta B.Corsaro a J.Poch Bullich en Barcelona, a C.Paz Carrillo en Valencia y a E.Silvio Pomenta en Venezuela).

Las respuestas halladas, obviamente, no son las únicas. Pero permiten tener un primer panorama con el estado alcanzado al final de 1990. Resultaría beneficioso que no fuese éste un punto de llegada... sino de partida para nuevas y más amplias investigaciones (véase cap.21, Conclusiones; y 22, Palabras finales)

PREFACIO

Objetivos del trabajo

Se consideró necesario clarificar tres cuestiones fundamentales:

1. Determinar si dentro de la literatura internacional existen los pacientes borderline y si el diagnóstico de trastorno borderline se lo considera válido.
2. Determinar si a fines de la década del '90 se puede detectar en Argentina la presencia de pacientes con trastorno borderline.
3. Determinar si se puede hacer algún tipo de aporte para mejorar la formulación del diagnóstico borderline.

Fundamentación de los objetivos del trabajo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no incluye en su *Manual de Clasificación de las Enfermedades Mentales* la categoría borderline. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) lo reconoció recién a partir de 1980 en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales*.

Hay profesionales y autores locales e internacionales que se preguntan ¿existen los pacientes borderline?. Sólo algunos afirman que el diagnóstico borderline no es una entidad válida como categoría psicopatológica; mientras que no faltan quienes dicen que es una patología exclusiva del medio norteamericano. Un tercer grupo omitieron u omiten a pacientes y diagnóstico en sus manuales y tratados.

El propósito de este trabajo, no es cuestionar o probar la razón de ser de la entidad psicopatológica borderline. Tampoco si aquello que la APA define como "trastorno" lo es o lo deja de ser. En función de limitar el objeto de estudio, se debe partir de consensos alcanzados para así, poder delimitar el foco de la presente investigación.

Los objetivos aquí son otros: demostrar la existencia o ausencia de pacientes con TRASTORNO borderline en Argentina, según el DSM-III-R.. Por tanto, y siempre a los fines de delimitar el campo de estudio, se parte de un diagnóstico validado por otros investigadores y reconocido por la APA. No obstante, se investigó acerca de su validez y el reconocimiento que pueden tener, en la actualidad, la gran mayoría de los especialistas (véase cap.10,12, 14, 16 y 21).

En cambio, en Argentina se carece de estudios que, mediante métodos estandarizados, permitan conocer dos cuestiones fundamentales: lo relativo a la existencia de pacientes con este trastorno y la aceptación/rechazo de esta categoría diagnóstica por parte de los profesionales encargados de atenderlos.

HIPOTESIS

Como consecuencia del estado actual, en este trabajo se establecieron tres hipótesis.

Hipótesis 1

A nivel internacional, incluida Argentina, EXISTEN PACIENTES BORDERLINE, aunque su presencia no figure en los registros de las estadísticas oficiales. En Argentina existen pacientes con TRASTORNO borderline, según el DSM-III.

Hipótesis 2

Los profesionales argentinos aceptan y usan este diagnóstico en su práctica clínica; pero los sistemas mayoritariamente empleados por psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, pueden llevar a sobrediagnósticos y por tanto a caer en errores involuntarios.

Hipótesis 3

El margen de error, si se pudiese probar su existencia, se podría reducir mediante el empleo de un cuestionario estructurado, a modo de instrumento auxiliar, basado en los criterios diagnósticos operativos del DSM-III-R..

ESTRUCTURA DE LA OBRA

La estructura global del presente trabajo, está dividido en siete partes (1):

- I. TEORIA: PACIENTES, DIAGNOSTICO Y PROFESIONALES
- II. INVESTIGACIONES DE CAMPO EN ARGENTINA
CON PACIENTES Y PROFESIONALES
- III. RESULTADOS
- IV. DISCUSION
- V. CONCLUSION
- VI. APORTES AL DIAGNOSTICO BORDERLINE
- VII. APENDICE

Contenido

I. TEORIA. Comprende toda la investigación bibliográfica hasta diciembre de 1991.

Objetivos:

1. Reunir la mayor cantidad de testimonios para confirmar presencia o ausencia del paciente borderline a través de los ítems que conforman cada uno de los capítulos; 2. profundizar lo relativo al diagnóstico; y 3. conocer qué opinan los profesionales internacionales acerca de esta patología.

Se corre el riesgo de conformar una antología por la profusión de autores con los cuales se trata de fundamentar cada apartado. Tal riesgo es necesario en función de: "citar es como aportar testigos al juicio" (tal como solicita Ecco, 1977, p. 195).

(1) El presente trabajo, está concebido de acuerdo a las sugerencias que en materia de tesis y escritos científico, aportan Acosta Hoyos (1970), Asti Vera (1968) y Eco (1977).

La mencionada estructura global obedece al Programa General de Información y UNISIST de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (cita y sintetiza *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Año 9, 31, 1989, con excepción de VI y VII, agregados en función de las necesidades aquí planteadas).

II. INVESTIGACIONES DE CAMPO EN ARGENTINA CON PACIENTES Y PROFESIONALES

Objetivos con pacientes:

Participan borderlines y no borderline.

1. Comprobar presencia o ausencia de PACIENTES CON TRASTORNO borderline en Argentina (parte de la hipótesis 1).
2. Comprobar la aceptación o el rechazo por parte de los pacientes con TRASTORNO borderline de un cuestionario estructurado (C.B.87), uno de cuyos protocolos es auto-administrable (parte de la hipótesis 3).

Objetivos con profesionales:

1. Indagar experiencia en atención de pacientes borderline.
2. aceptación o rechazo del diagnóstico borderline como categoría psicopatológica.
3. saber qué instrumentos se emplean para tal diagnóstico. Habrán de participar 400 psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas de Bs. As.

III. RESULTADOS. Se consignan los obtenidos en I. y II.

IV. DISCUSION. Análisis de los resultados.

V. CONCLUSION. Síntesis de aspectos sobresalientes.

VI. APORTES AL DIAGNOSTICO BORDERLINE. Se resume aquello que, desde la perspectiva del presente trabajo, merece tenerse en cuenta para un diagnóstico más preciso.

VI. APENDICE. Se consigna los instrumentos utilizados, gráficos, cartas enviadas y entrevistas realizadas a especialistas en el tema.

El término "borderline" aquí empleado

El empleo de la denominación borderline, se escogió en virtud de resultar, este término inglés, como el más difundido dentro de la literatura especializada internacional. Si bien se podía optar por Fronterizo, Límite, Limitrofe, se dio preferencia a aquel con el fin de una posible unificación en la terminología internacional.

El término "paciente borderline" aquí empleado

Al mencionar paciente borderline se hace referencia, aquí, al borderline adulto (20-60 años). Por tanto, se consultó y utilizó bibliografía acorde a ese criterio.

- I. TEORIA: PACIENTES, DIAGNOSTICO Y PROFESIONALES
- I.0. PACIENTE BORDERLINE: PANORAMA GENERAL
- I.1. PACIENTE BORDERLINE: MUNDO EXTERNO-MUNDO INTERNO
- I.2. DIAGNOSTICO BORDERLINE
- I.3. PROFESIONALES: PANORAMA ACTUAL
- I.4. SINTESIS TEORICA, DISCUSION Y PROPOSICION



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

I.O. PACIENTE BORDERLINE: PANORAMA GENERAL



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Capítulo 1

EL TERMINO BORDERLINE

Denominaciones múltiples

Origen y uso del término borderline

El término borderline ¿por qué es tan criticado?

El término borderline ¿es actualmente válido?

El término borderline en el presente

Comentario

Capítulos relacionados con el tema

EL TERMINO BORDERLINE

Denominaciones múltiples

La literatura especializada en el tema "borderline" tiene más de un siglo de historia (véase cap.2 y 3). En ella se puede encontrar que una gran variedad de términos, han sido empleados indistintamente. Al cabo de una búsqueda específica, pude encontrar los siguientes: (1), (2).

(1) Muchos de los nombres que aquí se incluyen, fueron extraídos de fuentes directas; otros, aparecen citados reiteradamente en la bibliografía y muy especialmente en Campbell (1989, p.102), D'Agnone (1989), Fenichel (1942, p.497), Fine (ed.) (1989), Frosch (1970), Gunderson (1984, cap. 10), Gunderson y Singer (1975), Kernberg (1975, pp.19-23); Knight (1953), Lloyd y otros (1983), Mariategui (1979), Masterson (1972, pp.58-62), Millon (1981, pp.335-340, 410), Modestin (1980), Paz, Pelento y Olmos de Paz (1976-1977), Reiser y Levinson (1984), Spitzer y otros (1979); Silvio Pimenta (1985), Stone (1986) y Tarnopolsky y Berelowitz (1987).

(2) Entre paréntesis se mencionan, cuando existen, el o los autores que han utilizado dicha calificación.

CASOS límite (Laplanche y Pontalis),
 - borderline (3) (Atkin; Giovacchini).
 CARACTER esquizofrénico (Schafer),
 - psicótico (Frosch).
 CONDICION borderline.
 DESORDEN borderline de la personalidad (Gunderson),
 - caracterológico (Boyer),
 - del self (Rinsley).
 ESQUIZOFRENIA abortiva (Mayer, Bellak),
 - ambulatoria (Zilboorg, Bellak),
 - borderline (4) (Kety y Rosenthal; McCully),
 - crónica indiferenciada,
 - incipiente,
 - fronteriza (Clark; Chessick),
 - latente (Bleuler; Bellak; Bychowsky; Federn; OMS),
 - casos marginales de la... (Fenichel),
 - no regresiva (Nymann),
 - oculta (Stern),
 - pasajera,
 - pseudoneurótica (Hoch y Polatin; Bellak),
 - pseudopsicopática (Hoch),
 - subclínica (Peterson).
 ESPECTRUM borderline (Meissner, Meyer-Staford Gamm).
 ESTADO borderline (Little),
 - fronterizo (Knight),
 - límite (Bergeret, Timsit),
 - prepsicótico (Ajuriaguerra).
 ESTRUCTURA preesquizofrénica de la personalidad,
 - borderline.
 MODULO borderline.
 ORGANIZACION borderline de la personalidad (Kernberg).
 PACIENTE borderline (Gunderson y Singer; Schmideberg;
 Winnicott; Zetzel),
 - fronterizo (Adler; Dyrud).
 PATRON borderline (Millon).
 PERSONALIDAD fronteriza,
 - "Como si" (Deutsch),
 - esquizoide o borderline (Khan).

(3) Para el significado etimológico del término borderline, véase Gobbi (1990).

(4) Acerca de la diferenciación que se hace en la actualidad entre trastorno borderline y esquizofrenia borderline, véase caps. 12, Surgimiento de los criterios borderline y esquizotípico; y 14, Borderline y trastorno esquizotípico.

PERTURBACION crónica grave,
 - narcisista del carácter,
 - de la personalidad crónica grave.
 PREESQUIZOFRENIA (Rappaport, Gill y Schafer).
 PSICOSIS latente (Bychowsky),
 - mitis (Merenciano),
 - clínica potencial (Glover).
 SINDROME borderline (Grinker),
 - liminar (Rof Carballo).
 TRASTORNO límite de la personalidad (DSM-III; Gary). (5), (6).

Origen y uso del término borderline

Para muchos autores (7) las primeras referencias a esta patología, se hallan en dos comunicaciones de la literatura psiquiátrica. Una pertenece a C. Hughes (1884) y la otra a J.C. Rosse (1890) (véase cap.2: Aportes de la psiquiatría; y cap.3, 1938: El psicoanálisis en los borderline). En cambio, el primer uso del término "borderline" se encontró en Robert Waelder quien en 1924 indica: "El tema del presente informe es en primer lugar una hipótesis que concierne a los factores condicionantes por los cuales una psicosis sobreviene o es evitada en aquellos caracteres *border-line* en quienes los fenómenos de transición a una psicosis son tan fácilmente observados" (Waelder, 1924, p.260; las cursivas pertenecen al original, cita Fine, 1989, p.3).

En la década del '50, el término "casi no tiene una existencia oficial en la nomenclatura psiquiátrica" (Knight, 1953a, ed. esp.: p.133). A partir de estos años, en los EE.UU., se lo empleaba para "un cuadro clínico caracter-

(5) La definición de algunos de estos términos se transcriben en el cap. 4

(6) Bergeret ha efectuado un agrupamiento de tipo nosológico con todos los términos que aquí se incluyen (véase cap.10, Ubicación nosográfica).

(7) Grinker, 1975, p.946; Mariategui, 1979, p.114; Millón, 1981, cap.12; Stone, 1986; Paz, 1976a, t.1, p.15; entre otros.

lógico relativamente estable en el cual hay indicaciones simultáneas de lo psicótico y lo neurótico al igual que funcionamiento yoico adaptativo" (Goldsmithy otros, 1984, p.340).

Si bien no tuvo existencia oficial, merece repararse en que desde su introducción al léxico psiquiátrico, este término ha cambiado fácilmente de adjetivo a sustantivo. Se suele recurrir a su empleo a través de dos formas principales: 1. se refiere a la constelación de rasgos de personalidad relativamente perdurables de inestabilidad y vulnerabilidad que tienen importantes correlaciones de tratamiento y resultado. Esto se puede encontrar en los escritos de Gunderson y Singer (1975) que hablan de "paciente borderline" y de Kernberg (1975) con su "organización de personalidad borderline"; 2. describe ciertas características psicopatológicas estables a través del tiempo y asumidas como genéticamente emparentadas al espectro de desórdenes que incluyen la esquizofrenia crónica. Esto se puede hallar en el término "esquizofrenia borderline" usado por Wender, Kety, Rosenthal y col. (1971, cita Spitzer y otros, 1979, p.17). (Acerca de diferencias entre borderline y esquizofrenia, véase cap.14).

El término borderline ¿por qué es tan criticado?

El término borderline -o sus variantes- ha merecido enormes críticas desde Rickman, 1928; Glover, 1932; Zilboorg, 1941; hasta el presente.

Entre las posibles razones, se tienen, al menos, tres respuestas posibles: 1. hace referencia a una categoría diagnóstica incierta; 2. sugiere, incorrectamente, una relación marginal con la esquizofrenia, los desórdenes afectivos y una superposición con otros trastornos de personalidad; y 3. por "la amplia utilización que lo lleva a perder la especificidad deseable y científicamente ordenada implicada para hacer de esta categoría un desorden de personalidad distinto" (Gunderson, 1984, p.177).

Miembros de la APA creían, hacia 1977, que el término representaba todo lo que es *erróneo* con la psiquiatría americana. Porque ha sido usado en forma *confusa* y ha habido "relativa escasez de sólidos datos que consideren la utilidad (validez) del concepto" (Spitzer y otros, 1979,p.17).

Por tanto, su *ambigüedad* gravitó para que los clínicos tengan diferentes criterios y puntos de partida; y no exista "unanimidad en cuanto a lo que cada autor pueda haber entendido por *fronterizo* o *caso límite*" (Paz,1976c, p.219).

Una pregunta lógica sería: ¿por qué dicho término se emplea en el DSM-III? La respuesta es que fue necesario conservarlo para mantener la asociación con la literatura precedente y predominante. Se había propuesto, "*personalidad inestable*" (así pensado por el tipo de afecto) pero la mayoría de los profesionales de la APA, no lo aceptaron (Spitzer y otros,1979,p.24).

El término *borderline* ¿es actualmente válido?

Si se revisa la literatura, pareciera que en dicho término estuviese representada toda la psicopatología de la personalidad. Aquí surgen otros interrogantes: ¿el término *borderline* tiene validez?, ¿goza de *confiabilidad*? Se dijo: "Es tiempo de pedir pruebas científicas de aquellas hipótesis que tenemos. Específicamente, el criterio necesita ser establecido por reglas científicas de confiabilidad y validez" (Perry y Klerman,1978,p.148).

Bajo tales premisas y presiones, la APA, decidió que debía lograrse un diagnóstico unificador debido a que había muchas pruebas de lo válido que podían resultar uno o más de estos conceptos a los fines de "garantizar su inclusión en la clasificación [DSM-III] si se podía desarrollar un criterio confiable" (Spitzer y otros,1979,p.17).

Como producto de aquel trabajo, surgieron los criterios diagnósticos del DSM-III (véase cap.12). Sus resultados, permitieron que hoy el término *borderline* tenga una definición y un perfil compuesto por ocho características.

El término borderline en el presente

Una innumerable cantidad de trabajos aparecidos especialmente a partir de la década del '50 en los EE. UU. y en otros países americanos y europeos, han permitido una mejor definición. Para ello han contribuido (según Gunderson, 1984, pp.3-4) cuatro direcciones:

1. Kernberg (1967) que estaba interesado en la estructura psicológica interna;

2. Grinker y col. (1968) que marcó la introducción de métodos de investigación para los borderlines;

3. las conclusiones a la que arribaron Kety, Rosenthal y Wender (1968, 1975) al investigar la transmisión genética de la esquizofrenia e introducir la idea de "espectro esquizofrénico"; dentro de dicho grupo, ubicaron a una porción de pacientes que denominaron "esquizofrénicos borderlines"; y

4. la revisión de la literatura y posterior elaboración por parte de Gunderson y Singer (1975), de las características predominantes en las investigaciones empíricas con el trastorno borderline. Estas conformaron la base de lo que se puede ver en el DSM-III (APA, 1980).

Hasta fines de la década del '70, la revisión de la literatura determinó que su validez era muy incierta. Sin embargo, revisiones posteriores permiten afirmar que ahora la conclusión se ha volcado a favor del status diagnóstico de la personalidad borderline porque posibilita la investigación sistemática de sus contenidos y de sus límites y es útil como guía de las decisiones clínicas (Tarnopolsky y Berelowitz, 1987, p.733).

No obstante, y a pesar de lo dicho aquí, hasta mediados de la década del '80, se insistía en que "El término borderline tiene muchas comprensiones" (Nelson y col., 1985, p.857).

COMENTARIO

Queda así esbozada la compleja telaraña a que lleva el término borderline. Aquí, se quiso mostrar que éste ha planteado -en mayor grado en el pasado- un grado de incertidumbre como quizá no sucede con ningún otro término psicopatológico. Su empleo, remite a categorías diagnósticas que aparecen, indistintamente, en el campo de la psicosis o de la neurosis, a síndrome, trastorno u organización de la personalidad. "Sus variaciones, reflejan las propias incertidumbres existentes en el campo al que se aplica" (Laplanche- Pontalis, 1974, p.51).

A pesar de que las denominaciones arriba enumeradas se emplearon como equivalentes, en verdad no lo son debido a que cada una de ellas remite a cosas diferentes (véase cap.4) y tiene implicancias y consecuencias en investigaciones, tratamientos y resultados. Si se hizo un diagnóstico de Estado borderline, el tratamiento deberá ser muy diferente al de Trastorno. A su vez, desde el punto de la investigación, los resultados también variarán considerablemente: es fácil hallar más Estados y Organización (tal como la considera Kernberg) que Trastornos.

En los capítulos venideros se aportarán otros elementos para que sea posible una mejor comprensión y fundamentación de los aspectos aquí esbozados.

USAL

CAPITULOS RELACIONADOS CON EL TEMA DEL SALVADOR

Cap. 2: La psiquiatría y del psicoanálisis; 3: Fechas históricas sobresalientes; 4: Definiciones; 15: Los profesionales internacionales y el diagnóstico borderline; 16: Síntesis teórica, discusión y proposición; 17: Evidencia clínica con pacientes argentinos; 18: Evidencia con profesionales argentinos; 19: Resultados de las investigaciones teóricas y de las evidencias con pacientes y profesionales; 20: Discusión; 21: Conclusión; 22: Aportes al diagnóstico borderline.

Capítulo 2

APORTES DE LA PSIQUIATRIA Y DEL PSICOANALISIS

Aportes de la psiquiatría

Aportes del psicoanálisis

Aportes indirectos de Freud

Aportes indirectos de la teoría psicoanalítica

Aportes directos de la teoría psicoanalítica

Comentario

Capítulos relacionados con el tema

APORTES DE LA PSIQUIATRIA Y DEL PSICOANALISIS

APORTES DE LA PSIQUIATRIA

Se suele afirmar que C.Hughes y J.C.Rosse fueron los primeros psiquiatras en dejar testimonios de esta patología (1).

Se le atribuye a Hughes la frase "La tierra borderline de la insania está ocupada por muchas personas que pasan su vida completa cerca de esa línea, algunas veces en un lado, algunas veces en el otro" (Hughes, 1884, p.297; cita Millón, 1981, p.337 (2)).

(1) Por la índole del presente trabajo, no se profundizará en el tema histórico. Sólo se dará un muy breve pantallazo en este capítulo y en el 3. Otros autores se ocuparon expresamente de ello. Los interesados en esta cuestión, pueden consultar las obras que sirvieron de base para elaborar este capítulo y el 3: Cabanne (1990), D'Agnone (1989), Fine (ed)(1989, con la reproducción de muy importantes artículos), Gunderson (1984, cap. 1), Gunderson y Singer (1975), Knight (1953a), Kernberg (1975 cap. 1 y 5; Mariategui (1979), Millon (1981, cap. 12), Modestin (1980), Oremlund (1970), Paz (1976a), Stone (ed) (1986, reproduce y analiza etapas en los cuales aparecieron los principales artículos que hoy conforman la historia de este trastorno).

(2) El artículo está reproducido en Stone, 1986, pp.17-31. Sin embargo, en esta edición no me ha resultado posible identificar en forma textual dicha cita.

Tal afirmación -o su espíritu- puede ser aceptable si se tiene en cuenta que, dentro de los escritos psiquiátricos de la época, hay algunos antecedentes. A modo de muy breves ejemplos, pueden servir el caso de Morel y Prichard.

Se afirma que en 1856 Morel, un contemporáneo de Kraepelin, fue el primero en utilizar el término *Démence précoce*. Kraepelin al referirse a la Demencia Precoz, designaba de esta manera a "estados que ocupaban la frontera entre la insania y las múltiples excentricidades de individuos que son normales o meramente raros" (cita Mack, 1975, reproduce Paz, 1976i, t.3, p.198). Sostenía que entre las excentricidades y la locura de la gente considerada normal hay "muchas combinaciones y estados límites" (cita Mariategui, 1979, p.114).

Prichard en 1867 indicó que muchas personas a pesar de su carácter excéntrico, singular, caprichoso no viven separados por completo de la sociedad. Pero "Un atento observador reconocerá a menudo algo remarcable en sus maneras y hábitos, lo cual puede llevarlo a mantener dudas en cuanto a su completa sanidad; y son descubiertas algunas circunstancias que agregan solidez a esta suspicacia" (Prichard, 1867, cita Hughs, 1884, reproduce Stone, 1986, p.21).

Dentro de esta línea, años más tarde Rosse sostiene que esta clase de personas se hallan "en la penumbra de la razón y de la desesperación". Se trata de individuos "con mentes que tiemblan en el balanceo entre la razón y la locura, no son tan sanos como para ser capaces de controlarse ellos mismos ni son tan insanos como para requerir una limitación o exclusión". Aclara que "la observación clínica de casos de esta clase, lleva una suerte de fascinación; el análisis de los hechos relativos a ellos parece estar a la orden del día, y es tema que merece ocupar la atención y ejercitar nuestra sagacidad" (Rosse, 1890, reproduce Stone, 1986, p.32; las cursivas me pertenecen).

Pareciera que tales afirmaciones no pasaron por alto para Bleuler quien, al hablar de Esquizofrenia Latente indicaba: "Suscitán la sospecha de esquizofrenia personas que son irritables, extrañas, caprichosas, solitarias o exageradamente puntuales [...] esta enfermedad puede seguir un curso latente (Bleuler, 1960, cita Mariategui, 1979, p.114). Esta calificación de "latente", ha tenido poderosa importancia en el pensamiento psiquiátrico de las décadas futuras, como se verá más adelante.

Para aquellas personas que eran capaces de mantener oculta su patología ante el público en general, Zilboorg (1941) recurrió al término Esquizofrenia ambulatoria porque se opuso tenazmente al término fronterizo (Knight, 1953a, ed. esp. p.134). Dentro de tal línea continuaron muchos otros autores, entre los que se cuentan Hoch y Polatin (1949). Estos, proponen emplear Esquizofrenia pseudoneurótica, rechazando, especialmente Hoch, la designación borderline. (véase cap.10, Desacuerdos).

Para la psiquiatría, esta forma de psicosis ocupó el centro de su preocupación en esos años. Bellak (1958) encara una revisión sistemática y, al ocuparse de "Esquizofrenia ambulatoria-Estados Borderlines", afirma que estos pacientes no llenan los requisitos para considerarlos afectados por una esquizofrenia ni tampoco por una psiconeurosis; los síntomas neuróticos y psicóticos pueden coexistir.

A pesar de todos los trabajos destinados a mostrar similitudes y diferencias entre esquizofrenia y borderline, aquella denominación de Bleuler, Esquizofrenia Latente, gravitó tan considerablemente en la psiquiatría internacional que lleva a que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mantenga en su manual de *Clasificación internacional de las enfermedades* (OMS, 1975, CIE-9, código 295.5. del apartado Trastornos Mentales).

Para la psiquiatría americana, esta cuestión mereció un tratamiento diferente en el seno de la American Psychiatric Association (APA). En 1980 publica la tercera edición de su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 1980, DSM-III) donde le reconoce, por primera vez, su independencia de la Esquizofrenia y ubica al borderline dentro de los trastornos de la personalidad como Trastorno límite (véase cap.4, 11 y 12).

APORTES DEL PSICOANÁLISIS

Las contribuciones de la teoría psicoanalítica para con los desarrollos y comprensión de la patología borderline, son sumamente importantes. Aquí, a los meros fines didácticos, se las agruparán como aportes indirectos y directos.

APORTES INDIRECTOS. Algunos escritos de Freud y aquellos provenientes de otros autores que se ocuparon de cuestiones afines. Sus contribuciones permiten una mejor comprensión de esta patología.

APORTES DIRECTOS. Trabajos psicoanalíticos posteriores a la obra de Freud que son específicos. También aquí, por la índole de este trabajo, se harán muy breves menciones.

Aportes indirectos de Freud

Sigmund Freud no se ocupó expresamente de la patología borderline, sino que solamente los nombra. Menciona "casos mixtos o limítrofes" en una sola oportunidad (3).

En cambio, en muchos de sus trabajos hay innumerables elementos teóricos que contribuyen a comprender la patología borderline. Entre otros, "Los dos principios del funcionamiento mental" (1911), "Historia de una neurosis infantil" (El caso del Hombre de los Lobos) (1914), "El yo y el ello" (1923a); "Neurosis y psicosis" (1924b); "La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis" (1924a); "Autobiografía" (1924b); "Análisis terminable e interminable" (1937) "Compendio del psicoanálisis" (1938); y "Escisión del yo en el proceso de defensa" (1940).

Las construcciones teóricas elaboradas en estos artículos permiten tener una visión del aparato psíquico humano y de cada una de sus instancias (véase cap.9). Una de ellas, es el Yo. En relación a él, hace una clara delimitación de su funcionamiento en los cuadros neuróticos y psicóticos. Dado que el borderline tiene de uno y de otro, es conveniente recordar que en esos escritos Freud estableció algunas cuestiones de singular importancia: 1. "La neurosis será el resultado de un conflicto entre el Yo y su Ello, y, en cambio, la psicosis, el desenlace análogo de tal perturbación de las relaciones entre el Yo y el mundo exterior" (1923b, p.2742); 2. "En la neurosis predominará el influjo de la realidad y en la psicosis el del Ello. La pérdida de la realidad será un fenómeno característico de la psicosis y ajeno, en cambio, a la neurosis" (1924a,

(3) "Prefacio para un libro de August Aichhorn" (Freud, 1925b, t.3, p.3217) El libro se denomina. *Juventud desamparada. El psicoanálisis en el reformatorio.*

p.2745); y 3. "Toda persona normal, es de hecho solamente normal en cuanto pertenece a la media. Su Yo se aproxima al del psicótico en uno u otro aspectos y en mayor o menor cantidad" (1937,p.3352). (Lo relativo al yo, superyó y ello en el borderline, véase cap.9).

Es interesante tener presente que en "Historia de una neurosis infantil" (Caso del Hombre de los Lobos)Freud diagnostica a este paciente como "estado consecutivo a una neurosis obsesiva llegada espontáneamente a una curación incompleta" (1914,p.1942). Pero se le presentaban dudas respecto a este caso (véase Comentario).

Aportes indirectos de la teoría psicoanalítica

Dentro de la línea psicoanalítica muchos autores han efectuado aportes para ampliar la comprensión de la patología borderline. Por mencionar sólo algunos, Wilhem Reich, Franz Alexander, Margaret Mahler.

Sus trabajos, de uno u otro modo, han sido tenidos muy en cuenta por los investigadores actuales debido a que Reich (1925) los reconoce y los incluye dentro del *Carácter impulsivo*; Alexander (1930) en el *Carácter Neuróticos* (cita Mariategui, 1979,p.116) y Mahler (1965,1977) brinda las bases para su posible etiología (véase cap.8).

Reich afirmaba "nosotros decimos que el carácter impulsivo, el carácter neurótico y el psicópata constituyen casos borderline entre la psicosis y la salud" o "nosotros tomamos aquí el punto de vista de que el carácter impulsivo es un caso borderline entre los síntomas de la neurosis y la psicosis sobre la base de este particular mecanismo de defensa" (cita Paz, 1976i,t.3,p.198).

Aportes directos de la teoría psicoanalítica

Muchos otros autores representativos del psicoanálisis, se ocuparon en forma directa de la patología borderline. Edward Glover (1932) fue de los primeros. Propone denominarlos *Psicótico potencial* (es sumamente interesante la crítica que al respecto le formula Knight (1953,ed.esp. p.134).

En la actualidad, se sostiene que fue Adolph Stern el primero de los psicoanalistas en llamar la atención acerca de un grupo de pacientes que estaban demasiado enfermos para ser analizados mediante la técnica psicoanalítica clásica. "Lo que me llevó a prestarle atención tres o cuatro años atrás, fue el aumento en el número de estos pacientes que acudían para tratamiento... Este grupo de pacientes muestra un cuadro clínico definido al igual que síntomas clínicos definidos" (Stern, 1938, reproduce Stone, 1986, p. 54; las cursivas me pertenecen) (véase cap. 3: Fechas históricas sobresalientes).

Otro importante psicoanalista, Paul Federn, se propone mostrar a estos pacientes desde la instancia yoica. Continúa la línea iniciada por Stern en cuanto a su tratamiento técnico, pero a la vez se convierte en fuente de lo que luego trabajarán Knight (1953) y muchos otros psicoanalistas. Federn alerta acerca de las consecuencias de abordar a estos pacientes según el psicoanálisis ortodoxo "para que no provoque una psicosis de este modo [al aceptar sin reparos la "sorprendente productividad de asociaciones"], sino que interrumpa de inmediato el curso de un psicoanálisis típico y retorne a uno más cauteloso, que tenga como meta la re-represión" (Federn, 1947, reproduce en 1984, p. 204).

Dentro de esta línea teórica-técnica prosigue -y avanza, debido a su sólida fundamentación metapsicológica- Knight (1953) quien indica la necesidad de diagnosticar los 'Estados fronterizos' de los pacientes que hasta entonces eran incluidos en la clasificación de esquizofrenia o neurosis. A igual que Federn, se centra en los aspectos yoicos del paciente: "la mayor porción del Yo ha regresado mucho más atrás en distintos grados de desorden" (Knight, 1953a, ed. esp. p. 139). Este aspecto del Yo, tal como lo entiende el psicoanálisis, ha pasado a ser el eje central de los aportes de Knight (véase cap. 3 y 12). Su pensamiento, ha sido seguido por Katan, Bychowsky, Wolf, Gitelson, Frosch y muchos otros.

También dentro del psicoanálisis, uno de los primeros trabajos destinados a diferenciar psicótico y borderline se debe a Arlene Wolberg. Afirma que a pesar de que ambos pueden sufrir episodios psicóticos temporarios, los borderlines conservan el contacto y la prueba de realidad pero su adaptación dista de ser satisfactoria debido a su

agresividad y angustia de separación. También son diferentes de los neuróticos, según Wolberg, porque los borderlines no pueden estructurar una defensa estable (Paz, 1976a, t.1, p.28; 1976i, t.3, pp.187-197).

Otro aporte de enorme importancia clínica, también proveniente del psicoanálisis, fue introducido por Helene Deutsch (1942). Los cataloga de personalidad "como si" por cuanto que su adecuación social es superficial y sus respuestas al medio se hacen posibles a partir de sus imitaciones e identificaciones con los otros. Por tanto, carecen de un auténtico y sólido Superyó internalizado que es lo que le llevaría a estar en dependencia de los controles externos que funcionan como sus reguladores. Sin embargo, actúan "como si" tales propiedades les pertenecieran (Mariategui, 1979, p.116; Paz, 1976a, t.1, pp.21-22).

En la actualidad y como consecuencia del conocimiento acumulado, el psicoanálisis se encuentra en condiciones de considerar al borderline como una *Organización de la personalidad* específica y estable. No es considerada como una patología transitoria que entra y sale de la neurosis a la psicosis, o un estado momentáneo. Ahora se puede efectuar un análisis descriptivo, estructural y genético-dinámico. "Sugiero que lo que caracteriza a la personalidad fronteriza, en contraste con las patologías más benignas, es una específica condensación de conflictos pregenitales y genitales, y un prematuro desarrollo de los conflictos edípicos a partir de la edad de dos a tres años" (Kernberg, 1975, p.50).

Como se puede apreciar, esta concepción de Kernberg pone al servicio del borderline todo el refinado pensamiento propio de la metapsicología psicoanalítica. Con ello equivale a decir que "La extensión del psicoanálisis ha contribuido grandemente a poner en evidencia la categoría llamada de los casos limítrofes" (Laplanche-Pontalis, 1974, p.51).

Estas concepciones que se han ido perfeccionando a lo largo de las últimas décadas, han posibilitado que las teorías psicodinámicas acerca de la patología borderline "ganaron sostén empírico, agregando una ulterior validez al concepto de desorden de personalidad borderline" (Sundbom y otros, 1989, p.105).

(Este capítulo, se complementa con el 3).

COMENTARIO

Estas breves menciones históricas, tal vez permitirán visualizar con mayores evidencias cuatro cuestiones relativas a la patología borderline y a su diagnóstico: 1. La preocupación de los profesionales e investigadores clínicos viene de lejos; 2. Su vinculación o supuesto emparentamiento con la esquizofrenia; 3. Un diagnóstico indiscriminado y 4. Un cuadro clínico específico.

1. La preocupación de los profesionales e investigadores

Prichard, en 1867 hablaba de las personas que al atento observador le puede llevar a mantener dudas. Eso hasta que algunas circunstancias "agregan solidez a esta suspicacia". Rosse indicaba que para los clínicos estos pacientes parecían estar a la orden del día e invitaba a los profesionales a prestarle atención y ejercitar la sagacidad.

Pero con los conocimientos del pasado -¿sólo del pasado?- esta sagacidad, no siempre fue posible. Al respecto, es sumamente importante e interesante el testimonio de Freud en "Historia de una neurosis infantil" (Caso del Hombre de los Lobos) cuando dice que "Algunos detalles me han parecido tan singulares e inverosímiles que me han asaltado escrúpulos de exigir a otros su admisión" (1914,p.1944).

Freud, como se vió en párrafos precedentes, no profundizó en la patología borderline. Sino que, en la opinión de muchos autores, fue con este caso donde "llegó cercanamente a describir lo que nosotros ahora llamamos personalidad borderline" (Stern,1986,p.544). Por tanto, aquellas dudas y suspicacia de Freud, lleva a que en la actualidad los especialistas en esta patología afirmen *que es difícil encuadrar dentro del diagnóstico de neurosis obsesiva al "Hombre de los Lobos"*. Paz en 1976 sostenía que "todo el historial está lleno de fenómenos sospechosos por su afinidad con los presentados por los fronterizos" (Paz,1976a, p.19). Pero en 1991 se inclina por "una estructura melancólica encapsulada con defensas maniacas. Hago un planteo muy distinto. Mucha gente lo considera como borderline. Yo, hoy no afirmaría lo que digo allí" (Paz, 1991).